

服务高效化 办理智能化 贯标全面化 市医保局数智赋能助推医保服务提质增效

■ 通讯员 李明钊 马思远

本报讯 今年以来，市医保局坚持大数据赋能作为医保改革发展的着力点，依托智慧医保平台不断创新工作载体，全力提升医保信息化水平，实现“信息多跑路，患者少跑腿”。

医保服务高效化。在全省首批实行医保电子票据应用新模式，进一步优

化报销流程、缩短审核周期。依托“安徽医保公共服务”平台，实现参保人员医疗费用支付线上全流程操作，效率较以往提高3倍以上。截至目前，全市通过医保电子票据报销个人零星业务415笔，涉及医疗费用总额65.74万元，统筹基金支出33.01万元。

业务办理智能化。全力推进医保事项“掌上办”，依托国家医保服务平台、安

徽医保公共服务平台等5大渠道，进一步拓宽群众服务途径，上线门诊慢特病认定、异地就医备案、城乡居民参保缴费等11类41项服务功能以及个人参保信息等22项查询功能，变“群众跑腿”为“数据跑路”。截至目前，通过公共服务渠道线上办理业务24.02万人次。

医保贯标全面化。完成全市医保部门与定点医药机构在信息系统中对

国家贯标编码独立运行，15项医保业务编码全面落地实施，实现医保基金结算清单、医保药品和医疗服务项目、医用耗材、参保人员、医保经办机构和定点医药机构等6个方面的编码统一。常态化开展贯标抽查验收工作，截至目前，已抽查187家医疗机构和零售药店的贯标材料，并对出现的问题逐条指导完成了整改。

民生实事宣传“零距离”



11月15日，按照市民生办统一部署，市医保局在濉溪古城开展50项民生实事集中宣传活动，让广大群众持续感受到惠民实事带来的“热度”和“温度”，切实提高群众的知晓率和满意度，为他们的幸福生活保驾护航。

(图片由市医保局提供)

市医保局力推生育津贴“免申即享”见实效

■ 通讯员 舒鹏 石娜

本报讯 为贯彻落实医保领域“高效办成一件事”决策部署，今年以来，市医保局在优化经办流程上持续“加码”，不断推进生育津贴“免申即享”，参保人服务体验感显著提升。

完善信息平台，搭建服务“高速路”。积极优化完善医保信息平台系统

功能，通过数据共享、大数据分析精准匹配符合条件的参保群众，大力推进生育津贴“免申即享”工作，参保人员无需主动提出申请，就能直接享受相关医保待遇。截至目前，职工生育津贴“免申即享”2670人，累计发放首月津贴1334.08万元。同时开通短信告知功能，生育津贴审批通过后，第一时间向参保人手机发送短信，便于参保人及时

掌握办理结果。目前，已累计发送短信通知446条。

优化经办流程，开启办事“加速度”。进一步简化办事流程，压缩办理时限，由月度对账，调整为每周核对，参保人员待遇享受时限同比节省三分之一。待遇人出院进行医保结算后10个工作日内，首月生育津贴发放到位。自4月1日政策实施以来，已办结1633人次、累

计发放首月津贴825.59万元。

扩大待遇范围，撑起民生“保护伞”。自2024年1月1日起，调整我市生育待遇标准，扩大待遇保障人群，将灵活就业人员和失业人员纳入生育保险制度覆盖范围。今年以来，已有183名灵活就业人员和24名失业人员享受生育医疗费用待遇，累计支出基金45.66万元。

市医保局推动医保政策宣传走实走深

■ 见习记者 傅天一
通讯员 陈胜利

本报讯 为进一步提高广大群众对医保政策的知晓率，今年以来，市医保局着力从加强医保政策法规、工作成效等各方面宣传，多措并举开展医保政策宣传工作，惠及广大群众。

创新宣传方式。采用拉横幅、张贴海报、摆放宣传展板、短视频、电台广播等多种形式，广泛开展医保政策宣传，提高群众认知度。同时，通过医保知识讲座、现场咨询、医疗保障政策展板等形式，与群众互动交流，增强宣传效果。截至目前，印发各种宣传彩页15万份，发放宣传雨伞600

把，“话说民生”之医保政策“进机关”“进社区”“进电台”等“六进”宣讲活动10次。

强化培训指导。定期举办2024年度“医保讲堂”培训，利用“医保大讲堂”这一宣传载体，开展医保经办人员医保专题培训，提高工作人员对医保政策的理解和执行力，推动医保政策全覆盖。截至目前，已经开展5期“医保大讲堂”政策宣讲。

完善反馈机制。结合“15分钟医保服务圈”、医疗保障领域“高效办成一件事”、群众满意度调查、政策咨询专线等建立完善反馈机制，及时收集和处理群众对医保政策的意见和建议，不断改进和优化宣传工作。

市医保局“三主动三确保”做好两项民生实事

■ 记者 王陈陈
通讯员 陈胜利

本报讯 今年以来，市医保局聚焦民生需求，主动担当作为，推动民生实事工作往深走、往实做、见实效。

主动排查、确保任务完成。主动排查2024年50项民生实事统计口径和完成标准，对照民生实事目标管理绩效考核相关要求，对标对表，查漏补缺，确保市局民生实事完成数量和完成质量与省局要求一致。经排查两项民生实事目前已全部完成。

主动对接，确保争先进位。主动向省主管部门汇报我市开展的两项民生实事工作完成情况。稳步推进长期护理保险制度建设。按照国家、省医保

局统一部署序时推进，赴徐州、安庆学习先进经验并开展调研摸底，目前已全部完成。分类资助低收入人口参加基本医保。全市累计资助低收入人口参保5.6万人，脱贫人口参保3.2万人，参保率为99%以上，实现了应保尽保目标。截至11月24日，全市累计救助22.03万人次，支出资金6833万元，合规医疗费用救助比例为75.6%，实现应救尽救。努力争取支持，确保市局两项目标任务在全省争先进位。

主动规划、确保开好局。主动对照2025年民生实事任务设定和推进举措等事项，坚持聚焦短板、精准施策、加强督查调度，确保全局2025年民生实事各项工作开好局、起好步、开门红。

降药价 惠民生 市医保局“三强化”推进医药集采提质扩面

■ 通讯员 邱云

本报讯 近年来，市医保局以“降药价、惠民生”为目标，以减轻群众“看病贵”为着力点，积极落实国家、省集中带量采购政策，药品、医用耗材价格明显下降，群众医药费用负担明显减轻，群众幸福感、获得感进一步增强。截至目前，全市累计落地执行36批各级各类集中带量采购中选结果，平均降幅50%以上，最高降幅超90%，节约采购资金4.15亿元。

强化集采报量指导。2024年以来，市医保局组织开展20余批药品医用耗材报量工作，选派业务骨干对医疗机构报量进度、非中选产品使用情况等开展实时监测，发布《工作提示函》，持续规范医疗机构医药采购行为，确保各批次集采任务保质保量完成。截至目前，全市本年度299个约定采购量品种采购任务整体超额提前完成，累计完成采购10550.07万片/袋/粒/支，完成率245.03%。

强化采购过程监管。市医保局全面落实集采专项预算制度，以集采约定采购金额的30%向医疗机构进行基金预付，累计拨付18批药品耗材集采预付金共3479.46万元，有效降低了医疗机构资金周转压力，推进集采回款制度落实。积极落实国家集采医保资金结余留用政策，累计拨付48家医疗机构8批国家集采药品结余留用资金3087.82万元，考核批次、拨付金额位于全省前列，有效激发医疗机构、医务人员落实集采政策的积极性和主动性，确保集采各项工作平稳有序推进，助力医疗机构高质量发展。

濉溪县医保局

“三强”举措提升医保执法水平

■ 记者 王陈陈 通讯员 陈筝

本报讯 今年以来，濉溪县医保局坚持依法行政、依法监管，不断提升医保执法人员依法履职和行政执法能力水平。

强法治，规范行政执法行为。

全面推行行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核“三项制度”，不断完善行政执法流程，规范行政执法行为。对通过监督检查、投诉举报、上级机关交办等不同渠道的涉嫌骗取医保基金案件，予以登记并立案核查。今年办理行政执法案件2起。

强联动，着力强化综合监管。积极联合法院、检察院、公

安、财政、卫健部门开展打击欺诈骗保专项行动，不断提高医保监管综合效能。从人大代表、政协委员及社区、媒体单位、商保机构等相关单位中聘请社会监督员若干名，形成了多方联动、社会参与、群策群力的医保基金监管格局。

强队伍，加大执法监督力度。深入学习医保法律法规，积极参加“医疗保障监管能力提升暨行政执法培训班”，对执法程序、事实认定、证据采集、适用法律、处罚裁量、执法文书制作等方面内容进行了全方位系统培训。认真开展行政执法案卷评查工作，全面自查年度行政执法案卷，案卷自查率100%。

相山区医保局

打好医保基金监管“组合拳”

■ 记者 王陈陈
通讯员 刘炳坤

本报讯 今年以来，相山区医保局积极从多方面协同发力，着力加强医保基金监管。截至11月底，相山区累计追缴违规使用医保基金共计220.6560万元，中止协议7家。

相山区医保局深入开展日常监督检查全覆盖不留死角，聚焦重点领域开展专项整治精准打击，通过日常监管、专项整治联动、双线发力的模式，进一步增强监管力度，严厉打击了欺诈骗保行为。截至目前，已对全区455家定点医药机构均配备医保在线视频监控，18家一级医院均配备医保智能场景设备，1家一级医院正在试点远程查房系统。

定期组织医保基金监管干部队伍开展业务培训，围绕基金监管检查方式、切入点、难点进行讲解，并及时学习新下发的文件精神。从具体事例入手，实现理论与实践的融合，全方位提升监管能力。今年来，已累计开展基金监管业务学习会11次。

余场，发放打击欺诈骗保宣传三折页等资料65000份，同时公开招聘10名社会监督员，截至11月底，累计受理核查各级投诉举报22件。

全区依托视频监控、智能场景等系统，大力推进定点医药机构“云监管”，构建事前提醒、事中审核、事后监管的全流程监督管理安全防线。全区445家定点医药机构均配备医保在线视频监控，18家一级医院均配备医保智能场景设备，1家一级医院正在试点远程查房系统。

定期组织医保基金监管干部队伍开展业务培训，围绕基金监管检查方式、切入点、难点进行讲解，并及时学习新下发的文件精神。从具体事例入手，实现理论与实践的融合，全方位提升监管能力。今年来，已累计开展基金监管业务学习会11次。

杜集区医保局

扎实推进居民医保参保工作

■ 见习记者 傅天一
通讯员 陈令武

本报讯 今年以来，杜集区医保局多措并举开展居民参保宣传工作，加快推动城乡居民医保参保缴费，目前已完成参保105483人。

线上线下立体宣传。线上利用微信工作群、朋友圈转发居民医保参保政策、待遇；线下发挥乡镇、村居、定点医药机构矩阵作用，利用电子屏、条幅、展架、广播、宣传折页、政策问答、宣传海报、流动宣传车等形式广泛开展宣传，把惠民利民的医保好政策讲清楚、讲明白，梳理群众参保受益的典型案例，发挥实际案例的作用，引导群众积极参保，提高居

民医保参保政策知晓率。摸清底数动员参保。开展“一人一档”数据摸底工作，将当年参保数据与户籍人口、常住人口进行比对，与上年及历年参保数据进行比对，梳理断保、漏报、未参保人员信息，分发至各村（社区），对尚未参加医保人员积极动员，提高医保参保覆盖率。

强化参保动员调度。将征缴工作纳入阶段性重点工作，建立工作群，督促乡镇、街道参保进度，及时解决反映问题，利用集中参保缴费期，不定期走访乡镇、村居，及时协调相关部门解决其在参保缴费中遇到的困难和问题，推动参保工作进一步提速增效。

烈山区医保局

全面推进药品追溯码采集应用

筑牢医保基金安全防线

■ 见习记者 傅天一
通讯员 梁雪凝

本报讯 近年来，烈山区医保局深化药品追溯码采集应用工作，确保医保药品耗材质量的安全可追溯性，实现了药品来源清晰、流向明确，进一步织密医保基金安全防护网。

召开专题会议，提高思想认识。为实现药品追溯码“应扫尽扫”“应传尽传”的工作目标，烈山区医保局专门召开药品追溯码采集工作推进会议，会上及时传达了国家及省市医保局关于医保药品耗材追溯码采集工作的指示精神，进一步增强了定点医药机构对药品追溯码工作重要性的认识。

加强业务培训，规范操作流程。为提升定点医药机构工作

人员的业务能力和操作水平，烈山区医保局积极组织辖区内定点医药机构参加上级医保部门的培训与指导。通过培训，确保各定点医药机构能够熟悉掌握医保药品追溯码采集应用的操作流程与规范，提高工作效率，确保信息采集与上传的准确性与全面性。

加强督导检查，实施跟踪进度。烈山区医保局密切关注各定点医药机构追溯信息采集与上传情况，根据市级通报内容，及时将问题反馈给相关机构，并开展实地调查与指导。通过持续的努力，目前烈山区133家定点医药机构已全面开展药品耗材追溯码采集工作，累计上传数据679万余条，实现了覆盖率、准确率、入库率与匹配率的稳步提升。